

健 保 記 入 欄	取 得 伺 い	被 任 意 継 続 被 保 険 者	資 格 取 得 年 月 日	令 和 年 月 日
			資 格 喪 失 予 定 年 月 日	令 和 年 月 日
			被 保 険 者 証 記 号 番 号	980
			資 格 喪 失 時 標 準 報 酬 月 額	千 円

常務理事	事務長	検算	係

提出先：アクサ生命健康保険組合

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

在籍時に使用していた被保険者証の記号番号	記号	番号	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令 和 年 月 日	
申請者の氏名等	(フリガナ)		性別	生年月日	退職時年齢
	⑨ ※自署の場合は押印不要(サイン可)		男・女	昭 和 平 成 年 月 日	( 歳 )
退職後の住所	〒 ー 日中連絡先 ー ー 都道府県				
在籍時の事業所	名称	<input type="checkbox"/> アクサ生命保険株式会社 <input type="checkbox"/> アクサダイレクト生命保険株式会社	事業所所在地		
保険給付金受取口座 (申請者名義の口座に限ります。)	※高額療養費など健保から振込の際に使用する口座です。				
	金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	
	銀行・信金 信組・農協	支店	普通		
2回目以降の 保険料納入方法 (いずれかに○印)	ア. 毎月納付 イ. 前納 (年度末まですべて納付) ウ. 半期前納 (前期9月分までと後期10月分から年度末の2回に分けて納付)				
有効期限が 残っている証 (家族分含む)	有 ・ 無 ※有の方は、記号番号を更新し再度発行いたしますので、次の該当する証にチェックをしてください。				
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証				
申請する被扶養者 (家族)	有 ・ 無				

## 被扶養者異動届

氏 名	性別	生年月日	続 柄	職 業	収入月額	同居 別居 の別
(フリガナ)	男	昭 和 年 月 日 平 成			円	同 居
	女	令 和				別 居
(フリガナ)	男	昭 和 年 月 日 平 成			円	同 居
	女	令 和				別 居
(フリガナ)	男	昭 和 年 月 日 平 成			円	同 居
	女	令 和				別 居
(フリガナ)	男	昭 和 年 月 日 平 成			円	同 居
	女	令 和				別 居

【備考】